

## Doctora, tengo visiones. Síndrome de Charles Bonnet

**Yolanda González Pascual\***, **Ana María López Carabaño\*\*\***, **Víctor Lemes Niz\*\*\***, **Marina Bousquets Niño\*\***.

\* *Médico de familia y comunitaria. Gerencia Atención Primaria de Zamora. Centro Salud de Carballeda. Zamora (España).*

\*\* *Médico de familia y comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Madrid. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares (España).*

\*\*\* *MIR. Medicina familiar y comunitaria. Gerencia Atención Primaria. Zamora (España).*

**Correspondencia:** Yolanda González Pascual. [ygonzalezp@saludcastillayleon.es](mailto:ygonzalezp@saludcastillayleon.es)

### RESUMEN

**Introducción:** Las alucinaciones pueden ser simples (por ejemplo, figuras geométricas) o complejas (por ejemplo, personas). Pueden ser consecuencia de numerosos procesos, y muchas veces resulta difícil su diagnóstico diferencial y encuadre dentro de una patología concreta como trastornos endocrino-metabólicos, tóxicos, neurológicos o psiquiátricos. Otras veces pueden ser secundarios a privación sensorial como en el caso del síndrome de Charles Bonnet (SCB), en el que asientan sobre un déficit visual.

**Exposición del caso:** Hombre de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y cataratas bilaterales no intervenidas. Consulta por llevar unos días con cierta sensación de mareo e inestabilidad y visiones temporales de personas y animales que ceden con el cambio de la mirada y de las cuales hace crítica.

Ante la normalidad de la exploración física, es remitido a urgencias para completar estudio.

Tras la realización de pruebas complementarias y valoración por varios especialistas, y tras descartar otras patologías, se diagnostica de SCB.

**Diagnóstico y discusión:** Las alucinaciones pueden generar gran angustia en los pacientes y muchos no las reconocen por miedo a padecer un trastorno psiquiátrico.

Tras la normalidad de la exploración física, de la evaluación neuropsicológica y de pruebas complementarias, se llegó al diagnóstico de SCB, y tras explicarle al paciente la benignidad del cuadro y pautarle un ansiolítico, las alucinaciones remitieron.

Es importante conocer esta entidad, pues no es habitual incluirla dentro del diagnóstico diferencial y su conocimiento podría mejorar la atención y angustia de los pacientes.

### PALABRAS CLAVE

Síndrome de Charles Bonnet. Alucinaciones. Déficit visual.

### CASO CLÍNICO

#### INTRODUCCIÓN

El SCB se caracteriza por la aparición de alucinaciones visuales complejas, desencadenadas por la privación de la visión en ausencia de trastornos cerebrales, psiquiátricos, farmacológicos o sistémicos [1], y con estado cognitivo preservado.

El paciente suele percibir las alucinaciones como no reales. Su prevalencia aumenta con la edad y la baja visión y puede llegar a un 15%, aunque otros trabajos describen una prevalencia más baja posiblemente porque los pacientes no reconocen las alucinaciones

por miedo a padecer un trastorno psiquiátrico [2]. Se asocia a entidades como la enucleación, retinopatía diabética, degeneración macular, cataratas, glaucoma ...

La causa de la aparición de las alucinaciones podría explicarse por la teoría de la desaferentación, según la cual, las afecciones oculares producirían una pérdida de la aferencia de estímulos a la corteza occipital. De tal manera, que las neuronas sufrirían un proceso de hiperexcitación, reaccionando exageradamente ante cualquier estímulo exterior originándose así las alucinaciones [3]. Es muy similar a cómo una persona que ha perdido una extremidad puede sentir un dolor fantasma, lo que no es una señal de un problema de salud mental [2].

La aparición del SCB se ha asociado a determinados factores desencadenantes como fatiga, estrés, baja iluminación y deslumbramiento, y también a aislamiento social, pérdida sensorial ... [4].

El diagnóstico se hace por exclusión [5].

El SCB podría estar relacionado con un proceso de evolución hacia la demencia de hasta 20 veces superior que, en la población general, de ahí la importancia de establecer un diagnóstico precoz [6].

El manejo del paciente consistirá en informarle de su enfermedad, tranquilizarlo y disminuir el aislamiento. En función de la gravedad de cada caso podrán usarse fármacos como neurolépticos, benzodiazepinas, antidepresivos y antiepilépticos, si bien en general son poco efectivos [7].

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente hombre de 77 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, esófago de Barret y cataratas bilaterales no intervenidas quirúrgicamente. Sin antecedentes de deterioro cognitivo ni conductual previo. Consulta porque desde hace unos días presenta un cuadro de cierta inestabilidad con mareo mal definido y está preocupado porque está teniendo visiones, en el interrogatorio nos relata que ve a su madre fallecida asomada a la ventana y a su perro también fallecido caminando por la casa, los percibe de forma nítida, pero hace crítica de las visiones negando su veracidad, refiere que son de corta duración y que suelen ceder cuando cambia la dirección de la mirada. Niega otros síntomas salvo el nerviosismo que le causa esta situación.

En la exploración física no se encontró ninguna alteración y presentaba estabilidad hemodinámica, así como del resto de constantes, estando también apirético. Se encontraba consciente y orientado en las tres esferas, con lenguaje coherente y bien articulado, discurso normal, estado cognitivo preservado, sin datos de focalidad neurológica.

Se le realizó un electrocardiograma que no presentó alteraciones.

Ante esta situación se decide derivar al servicio de urgencias hospitalarias para completar el estudio.

## DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

Los datos de laboratorio y la radiografía de tórax fueron normales y la tomografía computarizada craneal solo presentaba signos degenerativos acordes con la edad del paciente. También se le realizó una evaluación neuropsicológica en la que no se encontraron signos de deterioro cognitivo ni demencia.

Ante todos los hallazgos descritos previamente el diagnóstico que presentaba mayor consistencia era el síndrome de Charles Bonnet, ya que el paciente no mostraba alteraciones de la conciencia, pérdida de funciones corticales ni otra clínica salvo cierta deprivación sensorial visual por las cataratas, así como ausencia de enfermedad neurológica, psiquiátrica, endocrino-metabólica o tóxica.

Fue dado de alta con una benzodiazepina para su nerviosismo y la explicación de la benignidad del cuadro, remitiendo este en poco tiempo.

Nos gustaría destacar la importancia de este síndrome, ya que en la práctica clínica no es bien reconocido y no se suele incluir dentro del diagnóstico diferencial de las alucinaciones, siendo esto un error puesto que, aunque no incapacitan funcionalmente, si tienen un impacto negativo en los pacientes.

El incremento de la población mayor hace prever un aumento de la incidencia de este síndrome probablemente infradiagnosticado. Es importante un abordaje multidisciplinar y se debe tener en cuenta por su posible relación con un proceso de evolución hacia la demencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera Tejedor J. Alucinaciones visuales en el anciano. *Med Clin (Barc)*.2002;118:356-6.
2. Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, Serrador-García M, Porta-Etessam J, Martínez-de-la-Casa JM, García-Feijoo J, et al. Prevalence and clinical characteristics of Charles Bonnet syndrome in Madrid, Spain. *Eur J Ophthalmol*. 2014;24:960-3.
3. Sander R, Guerrero V, Perelló M, Ivanov P. Síndrome de Charles Bonnet: las alucinaciones no psiquiátricas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:106.
4. Nair AG, Shah BR, Gandhi RA. Seeing the unseen: Charles Bonnet syndrome revisited. *Psychogeriatrics*. 2015;15:204-8.
5. Teunisse RJ, Crysberg JR, Hoefnagels WH, Werbeek AL, Zitman FG. Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet*. 2000;355:2168.
6. Garcia Fraga JA, López L, Mayán P, Serrano M. Síndrome de Charles Bonnet. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:60-1.
7. Pliskin NH, Kiolbasa TA, Towle VL, Pankow L, Erenest JT, Noronha A, et al. Charles Bonnet syndrome: an early marker for dementia? *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1055-61.